Comprendre les conflits interdisciplinaires pour mieux y faire face : un défi pour le système professionnel québécois

Marco Laverdière* et Catherine Régis**

RÉSUMÉ / ABSTRACT 195

INTRODUCTION 197

I. Ce que nous disent la littérature et les données probantes sur les pratiques interdisciplinaires 198

A. Identification des principaux facteurs de résistance et d'adhésion 199

B. Discussion sur les facteurs de résistance et d'adhésion 211

II. Comment le système professionnel québécois soutient-il l'interdisciplinarité ?. 216

---

* Marco Laverdière est avocat et occupe le poste de secrétaire et directeur général d'un ordre professionnel du secteur de la santé au Québec. Il enseigne également au programme de maîtrise en droit et politiques de la santé de l'Université de Sherbrooke en plus d'être chercheur associé de la Chaire de recherche du Canada sur la culture collaborative en droit et politiques de la santé.

** Catherine Régis est professeure agrégée à la Faculté de droit de l'Université de Montréal, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la culture collaborative en droit et politiques de la santé et chercheuse régulière au Centre de recherche en droit public.

Les auteurs tiennent à remercier Mme Elizabeth Cullen pour son excellent travail d'assistante de recherche ainsi que le Fonds Société et culture du gouvernement du Québec pour son financement.

A. En matière de contrôle de l'exercice des professions. . 216

B. En ce qui concerne l'interprétation et l'évolution des champs d'exercice 220

III. Aperçu de la situation ailleurs au Canada 226

CONCLUSION. 231

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Tant au plan clinique (interactions entre les professionnels de la santé) qu'au plan politique (relations entre les ordres professionnels), l'interdisciplinarité constitue parfois une source de tensions, voire de conflits. Devant ce constat, il apparaît donc utile d'identifier ce qui, suivant la littérature, pourrait constituer des facteurs favorisant des pratiques collaboratives fructueuses et, à l'inverse, ceux qui sont générateurs de difficultés. Cette démarche conduit par ailleurs à se questionner sur la capacité du système professionnel québécois de faire face aux défis de la collaboration interdisciplinaire en santé, soit par la mise en place des conditions permettant de soutenir celle-ci adéquatement et par la prise en charge efficace des problèmes qui peuvent en découler. Après avoir identifié certaines forces et faiblesses de l'approche québécoise en cette matière, les auteurs s'intéressent à quelques expériences et initiatives d'autres juridictions canadiennes, permettant ainsi d'identifier des avenues à explorer pour mieux prévenir et gérer les conflits interdisciplinaires.

Both clinically, in terms of interactions between healthcare professionals, and politically, regarding especially the relationship between professional associations, interdisciplinarity is sometimes a source of tension or even conflict. Given this reality, it is useful to identify which factors, according to the literature, support fruitful collaborative practices and, conversely, which factors may create difficulties. This endeavour also raises questions about the ability of the Quebec professional system to effectively deal with the challenges of interdisciplinary collaboration in health, both by setting up conditions to support it properly and by effective management of problems that may arise. Having identified some strengths and weaknesses of the Quebec approach to these issues, the authors explore selected experiments and initiatives in other Canadian jurisdictions. The study of these initiatives will help identify solutions to explore in order to better prevent and manage interdisciplinary conflicts.

INTRODUCTION

Peut-on faire mieux quant aux conflits ou « problématiques »[1] interdisciplinaires[2] au sein du système professionnel québécois ?

1. La question se pose dans le contexte où selon certains observateurs, le Québec n'est pas particulièrement un chef de fil en matière d'interdisciplinarité ou, pour le dire autrement, on y observe un certain retard à soutenir une participation accrue de professionnels non médecins dans le cadre de l'offre de services de santé de première ligne[3]. Elle se pose d'autant plus que, au terme de la récente révision québécoise des programmes gouvernementaux faite par la Commission Robillard, « l'accroissement de l'interdisciplinarité » est très précisément identifiée comme une piste de solutions pour régler les problèmes d'accès aux soins de première ligne[4].

---

1. Suivant l'expression utilisée par l'Office des professions en lien avec certains dossiers où des différends interordres sont apparus : Office des professions du Québec, *Rapport annuel de gestion 2013-2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 2014, p. 26-27, en ligne : <http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Rapports_annuels/2013-2014_accessible.pdf> (consulté le 27 mars 2015). Dans un autre contexte et sans que cela ne soit lié spécifiquement aux dossiers en cause, le président de l'Office n'hésite pas à référer à des « conflits » : Office des professions du Québec, *Notre vision, notre culture : de nouveaux horizons*, Notes pour l'allocution prononcée par Me Jean-Paul Dutrisac, président de l'Office des professions du Québec », Montréal, 2012, p. 14-15, en ligne : <http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/allocutions/Allocution_14_decembre_2012.pdf> (consulté le 30 mars 2014).
2. Dans le présent texte, les termes « interdisciplinaire » et « interprofessionnel » seront utilisés de façon interchangeable, donc sans aucune distinction de sens.
3. Commissaire à la santé et au bien-être, *L'interdisciplinarité en première ligne : le Québec en retard par rapport au reste du Canada et aux pays de l'OCDE*, Info-Performance, 2011, p. 2, en ligne <http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011/InfoPerformance/CSBE_Info_Performance_Bulletin_no1.pdf> (consulté le 27 mars 2015).
4. Commission de révision permanente des programmes, *Cap sur la performance*, Rapport de la Commission de révision permanente des programmes, volume 2, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, p. 87-96, voir notamment les recommandations 48 et 51, en ligne, <https://revisiondesprogrammes.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/rapport_2015_vol2.pdf> (consulté le 1er septembre 2015).

2. À ce sujet, le regard qu'on porte sur la situation québécoise peut d'abord concerner la réalité du « terrain », soit celle du développement de la collaboration interdisciplinaire en milieu de soins, où de plus en plus les professionnels de différentes disciplines sont appelés à collaborer étroitement et efficacement en vue de rendre des services à la population. À ce chapitre, les ordres professionnels disposent-ils des outils voulus pour bien soutenir et encadrer de tels modes de pratique et pour intervenir lorsque des problèmes sont soulevés ?

3. La même question peut aussi se poser à l'égard du contexte où, de façon plus ou moins régulière, on voit apparaître, dans l'actualité médiatique ou judiciaire, des signes de tension, sinon de conflits, entre des ordres professionnels dont les membres exercent des activités connexes[5]. S'il est normal, voire peut-être même sain, que des tensions interprofessionnelles existent, il reste que le fait qu'elles débouchent sur de tels affrontements signifie peut-être que les mécanismes prévus par le *Code des professions*[6] sont insuffisants pour prévenir et faire face efficacement à ces éventualités.

4. Avant toutefois de traiter de ces questions, il y a lieu de bien circonscrire ce qu'on entend par l'interdisciplinarité, en s'intéressant de manière particulière à ce que la littérature et les données probantes nous indiquent à ce sujet. Il s'agit ici d'identifier les conditions de succès et les écueils à éviter pour assurer des pratiques interdisciplinaires optimales, ainsi que pour prévenir ou mieux gérer les conflits interprofessionnels qui peuvent en résulter.

I. CE QUE NOUS DISENT LA LITTÉRATURE ET LES DONNÉES PROBANTES SUR LES PRATIQUES INTERDISCIPLINAIRES

5. La collaboration interdisciplinaire (ci-après « CI ») est un enjeu qui, de manière assez surprenante, a été relativement peu exploré par la doctrine juridique et les tribunaux au Québec et au Canada[7]. Ce constat peut s'expliquer, du moins en partie, par le fait

5. Voir ce qui est décrit à ce sujet : Office des professions du Québec, *Notre vision, notre culture : de nouveaux horizons*, *op. cit.*, note 1.
6. RLRQ, c. C-26. Dans le présent chapitre, une référence au « Code des professions », au « Code » de même que la mention « C.prof. » constituent une référence à cette loi.
7. L'un des rares textes juridiques sur le sujet, qui souligne également ce phénomène : William LAHEY et Robert CURRIE, « Regulatory and Medico-legal Barriers to Interprofessional Practice », (2005) Suppl. 1 *J. of Interprofessional Care* 197. À souligner toutefois, un rapport a été produit par le Conference Board du Canada en

que les objectifs officiellement poursuivis par la CI semblent susciter l'adhésion d'une majorité d'acteurs et se prêtent donc peu, *a priori*, à la controverse. Parmi les objectifs souvent invoqués, on retrouve, d'une part, celui de maximaliser le potentiel contributif des différents professionnels de la santé et, d'autre part, celui d'offrir de meilleurs soins (plus efficaces, efficients et humains) aux usagers du système de santé. Ce constat apparent semble cependant en décalage, du moins dans certains cas, avec des propos tenus par des gestionnaires et autres intervenants du milieu de la santé – à l'occasion de tribunes publiques, universitaires ou sur le terrain[8] – sur le maillage parfois laborieux entre les différents professionnels participant à des démarches interdisciplinaires de dispensation de soins. Il semble également en décalage avec la nature houleuse de certains échanges médiatisés entourant le partage des champs d'exercice ou d'activités entre différents professionnels de la santé[9]. Ainsi, il est apparu utile de déterminer si effectivement la CI est parfois mise de côté au profit d'une « confrontation interprofessionnelle » et, si oui, pourquoi il en est ainsi. Pour y parvenir, une incursion dans la littérature et les données probantes qui fournissent un éclairage sur les facteurs qui favorisent ou freinent les pratiques interdisciplinaires dans le domaine de la santé est devenue nécessaire. C'est donc le résumé de ces constats de recherche qui est ici présenté, dans la perspective de mieux appréhender les défis que pose la CI. Cette démarche permet, entre autres, d'identifier des options de solutions à envisager pour bonifier le système professionnel québécois afin qu'il atteigne ses objectifs en matière d'interdisciplinarité.

A. Identification des principaux facteurs de résistance et d'adhésion

6. Par souci de clarté pour la suite du texte, il est utile de souligner l'existence de deux paradigmes singuliers, mais complémentaires de CI. Il y a, d'une part, ce qui pourrait être qualifié de « CI clinique » et, d'autre part, de « CI dans les relations interordres », soit

2007 sur la réglementation actuelle et à envisager quant à la collaboration interprofessionnelle : Conference Board du Canada, *Protéger le public par l'autoréglementation de la collaboration – Réflexion sur un nouveau modèle*, Rapport, 2007.

8. Voir, entre autres, *op. cit.*, note 3 ainsi que la littérature sur les facteurs de résistance à la CI dans la prochaine section.
9. Voir, par exemple : François-Pierre GLADU (Médecin et président de l'Association des jeunes médecins du Québec), « Désengorgement du réseau de la santé – Gare au chant des sirènes », *Le Devoir* (17 mai 2011) ; *ibid.*

sur un plan plus institutionnel, voire politique[10]. La CI clinique, que l'on retrouve sous différents libellés dans la littérature (soins concertés, soins interprofessionnels, soins interdisciplinaires, etc.), réfère essentiellement, aux fins de la présente analyse, à la situation de professionnels détenant des compétences disciplinaires distinctes et qui travaillent dans l'atteinte d'un objectif clinique commun, centré sur l'usager des soins et des services de santé[11]. Cette explication est inévitablement simpliste dans sa tentative de décrire et de délimiter un phénomène polymorphe qui mérite différentes nuances. Le choix a toutefois été fait de définir le concept de la manière la plus vaste pos-

10. Les enjeux institutionnels et politiques liés à la collaboration interdisciplinaire ne concernent évidemment pas que les ordres professionnels eux-mêmes. Ils concernent également les autorités gouvernementales, dont le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Office des professions, les établissements de santé et de services sociaux, les associations et syndicats de professionnels, etc. Toutefois, sur le plan institutionnel et politique, le présent texte s'intéresse surtout aux relations interordres.

11. Il existe plusieurs définitions de la CI au sein de la littérature. Voir notamment : « La collaboration interprofessionnelle est le processus de développement et de maintien de relations de travail interprofessionnelles avec des apprenants et des professionnels, des personnes/patients ou des clients, la famille ou les proches et la communauté qui permettent l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux. », Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*, College of Health Disciplines, Université de la Colombie-Britannique, 2010, p. 8. Le Référentiel mentionne aussi cette définition, plus proche de la CI clinique : « Un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé et une personne et ses proches dans une approche participative, de collaboration et de coordination en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux. » p.11 ; « Processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation, de prises de décisions. Pratique qui interpelle toute l'équipe clinique engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisés, intégrés et continus, dont les objectifs sont : d'orienter l'organisation des soins et services autour du projet de vie du patient et de ses proches et de favoriser l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé » dans Comité sur les pratiques collaboratives et la formation professionnelle – réseau universitaire intégré en santé, *Pratique collaborative – Engagement et leadership*, Université de Montréal, 2012, p. 6-7 ; « The provision of comprehensive health services to patients by multiple health caregivers who work collaboratively to deliver quality care within and across settings », HealthForceOntario, *Interprofessional Care Steering Committee, Interprofessional Care : A Blueprint for Action in Ontario*, 2007, p. 44 ; « Pratique en collaboration, centrée sur le patient, qui met en jeu au moins deux professions ou disciplines qui interagissent de façon continue dans un effort conjoint pour résoudre ou étudier des problèmes communs avec la meilleure participation possible du patient », Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité*, Ottawa, 2007, en ligne : <http://old.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport_Fr_FINAL.pdf> (consulté le 20 juillet 2014).

sible afin de ne pas exclure de modèles de CI clinique dans la stratégie de recherche au sein de la littérature et des données probantes. La CI transposée dans les relations interordres réfère pour sa part à la collaboration entre les ordres professionnels de différentes disciplines dans le but de tirer le maximum des aptitudes et des compétences des divers professionnels de la santé, d'utiliser les ressources des organismes de réglementation de manière efficace et efficiente et d'assurer des normes élevées en matière de déontologie et de sécurité des patients[12]. Aux fins de la présente étude, les deux types de collaboration sont pertinents, même si la littérature, nous le verrons, est plus développée en ce qui a trait à la CI clinique.

7. Pour effectuer cette recherche, des banques de données juridiques, de sciences médicales et sociales ont été consultées, en limitant surtout les résultats aux dix dernières années[13]. La littérature « grise » ainsi qu'étrangère a également été étudiée pour compléter la compréhension des constats généraux qui se démarquent dans la recherche ainsi que l'interprétation ou la réception donnée à ceux-ci par le milieu. Les banques de données ont été saisies à partir d'une variété de mots clés, inspirés par le choix d'une définition large de la CI, comme « pratique collaborative », « soins concertés », « collaboration interprofessionnelle », « équipe interdisciplinaire », etc. (et leurs équivalents en langue anglaise). Alors que nous ne prétendons pas à une revue assurément exhaustive de la littérature bilingue, nationale et internationale, en droit et en sciences ainsi qu'universitaire et non universitaire, les constats de recherche qui émergent de cette démarche permettent d'offrir un éclairage intéressant sur la question qui nous occupe.

8. D'abord, mentionnons que le Canada semble avoir produit la majorité de la littérature sur le sujet (32,5 %) suivi des États-Unis

12. Voir Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS), *Guide de discussion aux fins de consultations sur les points du renvoi ministériel relatifs à la collaboration interprofessionnelle entre les collèges régissant les professions de santé et les professionnels de la santé*, Coll. Microlog, Ontario, 2008, p. 28.
13. La recherche est à jour au 1er septembre 2014. À titre d'exemples, les banques suivantes ont été consultées : Ovid, Quicklaw, Westlaw, Azimut, La référence, Informa Healthcare, Google Scholar. Parmi la littérature grise consultée se trouvent des rapports de recherche en provenance d'organismes gouvernementaux et paragouvernementaux, de la documentation produite par des ordres professionnels, l'Organisation mondiale de la santé ou des groupes de travail mis sur pied dans le domaine de la santé, etc.

(23,2 %) et du Royaume-Uni (20,4 %)[14]. Qui plus est, 75 % du travail effectué sur le sujet l'a été dans un contexte de couverture universelle en santé[15]. Cette effervescence de littérature canadienne s'explique en partie par les investissements importants qui ont été réalisés sur une période de six années, notamment dans le domaine de la recherche sur les pratiques collaboratives, à l'occasion de la création du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires en 2000[16].

9. Il est possible de constater, malgré l'abondante littérature existante sur la CI dans le domaine de la santé, qu'il manque toujours des données probantes pour nous permettre d'avoir un portrait assurément complet, scientifique et contextualisé de cette stratégie de dispensation de soins. À titre d'illustration, la recherche empirique existante est surtout de nature qualitative, régulièrement conduite auprès d'échantillons de petite taille[17]. Si les données produites sont souvent fort intéressantes, il existe néanmoins un certain vide quant à la disponibilité de données quantitatives confirmatoires bâtissant sur les données qualitatives exploratoires présentement disponibles. De ce fait, il est notamment difficile d'extrapoler des constats de recherche à des échelles et contextes élargis. Cette lacune s'explique probablement en partie par la difficulté technique que représente l'élaboration d'une stratégie de recherche quantitative dans ce domaine[18]. En outre, la majorité des données existantes portent sur les « perceptions » afférentes à la CI (par exemple, sur ce que les professionnels et les administrateurs de la santé pensent). Au final, peu

14. Barbara BRANDT *et al.*, « A Scoping Review of Interprofessional Collaborative Practice and Education using the Lens of the Triple Aim », (2014) 28 *J. interprof. Care* 393, 395.
15. *Ibid.*
16. Ce fonds, doté de crédits de 800 millions de dollars, a été créé par le gouvernement du Canada en vue de soutenir les efforts des provinces, des territoires et des autres intervenants pour élaborer et mettre en œuvre des initiatives en soins de santé primaires. Un des objectifs de ce fonds visait à former des équipes interdisciplinaires de fournisseurs de soins de santé primaires, de sorte que les soins les plus appropriés soient offerts par les professionnels les plus adéquats. Pour des informations complémentaires sur ce fonds, consulter le site de Santé Canada : <www.sc-hc.gc.ca>.
17. B. BRANDT *et al.*, *loc. cit.*, note 14, 396.
18. Une des stratégies de recherche les plus simples à laquelle nous pouvons penser est celle qui consisterait à comparer des établissements de santé de taille et de mission similaires par exemples 2 CLSC, l'un comportant un haut degré de CI et l'autre un faible degré. Il faudrait alors étudier et comparer les dossiers des patients de chaque établissement pour analyser l'impact sur la santé des patients et les coûts des soins et services. Même pour un tel projet de recherche, des difficultés pratiques et méthodologiques apparaissent inévitables, bien que non insurmontables.

de recherches sont disponibles en ce qui a trait à l'impact de la CI sur la santé des patients[19], sur les coûts des soins et services de santé[20], sur quels types de professionnels devraient faire partie des équipes interprofessionnelles et dans quelles circonstances[21].

10. La recherche démontre néanmoins des éléments utiles à notre propos. D'abord, il existe une perception assez généralisée que la CI a des retombées positives sur les usagers, les équipes soignantes et les organisations[22]. De même, il en résulte une satisfaction généralement accrue des usagers et des professionnels envers la qualité des soins et la pratique professionnelle[23]. Enfin, certains contextes de soins et de services seraient davantage favorables à la CI (par exemple dans le secteur des maladies chroniques et de la dépression)[24].

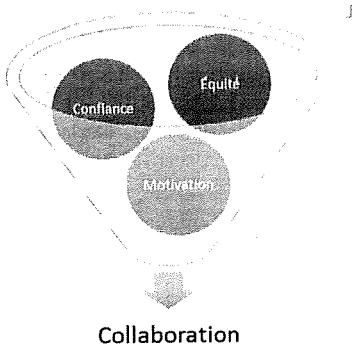
11. En somme, il est possible d'affirmer que la compréhension des dynamiques de fonctionnement de la CI – notamment la capacité de triage quant aux domaines qui présentent le plus d'intérêt pour ce type de pratique – mériterait d'être bonifiée par de plus amples recherches empiriques. Cependant, la recherche présentement disponible illustre une tendance forte envers la reconnaissance de retombées positives susceptibles de découler de la CI.

12. Le choix a été fait de ventiler les différents facteurs de résistance et d'adhésion à la CI en fonction des trois ingrédients jugés

19. Certaines études existent dans des domaines précis (par exemple en matière de dépression, d'asthme et de maladies chroniques) mais le degré de validité des études varie et il ne semble pas que le degré de collaboration lui-même ait d'impact sur le résultat. Voir notamment Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *op. cit.*, note 11 ; B. BRANDT *et al.*, *loc. cit.*, note 14, p. 396 ; Margaret CHAMPION, « Enabling Collaboration within Health Systems », 2008, en ligne : <https://nexusipe-resource-exchange.s3.amazonaws.com/Enabling%20collaboration%20literature%20review_0.pdf> (consulté le 26 juillet 2014) ; Vernon CURRAN, Health Canada, *Primary Health Care Transition Fund (Canada), Collaborative care*, Ottawa, 2007, en ligne : <http://lpintrabp.parl.gc.ca/lopimages2/bibparlcat/17000/Ba414949.pdf> ; William LAHEY et Robert CURRIE, « Regulatory and Medico-legal Barriers to Interprofessional Practice », (2005) Suppl 1 *J. Interprof Care* 197-223 ; Claude SICOTTE, Danielle D'AMOUR et Marie-Pierre MOREAULT, « Interdisciplinary Collaboration within Quebec Community Health Care Centres », (2002) 55-6 *Soc. Sci. Med.* 991-1003.
20. B. BRANDT *et al.*, *loc. cit.*, note 14, p. 396.
21. M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19.
22. Voir notamment : Comité sur les pratiques collaboratives et la formation professionnelle – Réseau universitaire intégré en santé, *op. cit.*, note 11.
23. *Ibid.*
24. Voir *supra*, note 18.

essentiels au succès de la collaboration, lesquels sont tirés de la théorie de la coopération élaborée par Tom Tyler[25]. Cette théorie dépasse le contexte précis de la santé pour s'intéresser à une compréhension plus globale et transdisciplinaire de la démarche collaborative. Par collaboration ou coopération, les deux expressions étant ici utilisées indistinctement, on entend la décision motivée d'agir en réciprocité avec une autre personne ou un groupe[26]. Tom Tyler démontre qu'il existe trois ingrédients clés pour optimiser le potentiel de collaboration des acteurs : la *confiance*, la *motivation* et l'*équité*. Succinctement, ces éléments se définissent ainsi. La confiance consiste en un jugement prédictif quant à la fiabilité et la constance des comportements d'autrui[27]. La motivation réfère plutôt au jugement évaluatif de notre degré d'engagement envers les buts poursuivis[28]. Parmi les facteurs de motivation se trouvent ceux de nature interne (les valeurs par exemple) et ceux de nature externe (les récompenses et les sanctions par exemple). Enfin, l'équité représente une appréciation du respect des standards de justice qui devraient s'appliquer, qu'il s'agisse de la justice du processus suivi, d'une part, ou du résultat obtenu, d'autre part[29]. À cet égard, le respect des principes de justice procédurale est particulièrement important dans le développement d'un sentiment de justice chez les individus[30]. Parmi les principes phares de la justice procédurale, il y a celui de 1) la participation au processus décisionnel, 2) l'impartialité du forum décisionnel (processus non biaisé, constant et justifié par des principes), 3) la légitimé du processus (fiabilité et responsabilité des acteurs et du processus, honnêteté et bienveillance) et 4) la qualité du traitement interpersonnel (les individus prenant part au processus sont traités avec dignité et respect)[31]. Le graphique suivant illustre l'interaction de ces trois éléments contribuant au succès de l'entreprise collaborative.

25. Tom R. TYLER, *Why People Collaborate – The Role of Social Motivations*, Princeton, Princeton University Press, 2011.
26. Voir généralement *ibid.*
27. *Ibid.*
28. *Ibid.*
29. *Ibid.* ; Tom R. TYLER, *Why People Obey the Law*, Princeton, Princeton University Press, 2006.
30. *Ibid.*
31. *Ibid.*



13. Les facteurs de résistance et d'adhésion à la CI ont été répartis en fonction de leur potentiel d'affecter, positivement ou négativement, l'une des trois sphères essentielles de la collaboration. Certains facteurs se retrouvent dans plus d'une sphère considérant leur impact plus large sur la dynamique de la collaboration. Dans un premier temps, ces facteurs sont présentés sous forme de tableau pour, dans un deuxième temps, faire l'objet de quelques explications complémentaires dans le cadre d'une discussion.

Tableau 1. Facteurs de résistance et d'adhésion ayant un impact sur la *confiance*

Facteurs de résistance	Facteurs d'adhésion
– Ignorance ou incompréhension des rôles/standards/compétences respectifs au sein de l'équipe[32]	

32. Esther SUTER et autres, « Role Understanding and Effective Communication as core Competencies for Collaborative Practice », (2009) 23-1 *J. of Interprof Care* 41-51 ; Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS), *op. cit.*, note 12 ; W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19 ; Canadian Medical Association, « Putting Patients First : Patient-Centred Collaborative Care – A Discussion Paper » (2007) ; Cathie M. SCOTT et Laura LAGENDYK, « Surmonter les défis que posent les équipes interprofessionnelles pour une meilleure qualité des soins », 2013, en ligne : <http://www.dermatology.ca/wp-content/uploads/2013/12/eBulletin-Dec-2013-editorial-overcoming-challenges-FR.pdf> (consulté le 31 juillet 2014) ; M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; Association canadienne de protection médicale, *Les soins concertés perspective de la responsabilité médicale*, Ottawa, 2006 ; Ivy OANDASAN *et al.*, *Teamwork in Healthcare: Promoting Effective Teamwork in Healthcare in Canada*, Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2006 ; C.A ORCHARD, V. CURRAN et S. KABENE, « Creating a Culture for

Facteurs de résistance	Facteurs d'adhésion
– Problèmes de communication[33] – Rivalités professionnelles (« turf wars »)[34]	– Éducation interprofessionnelle[35] – Décisions prises en tant qu'équipe[36] – Approche centrée sur le patient[37] – Rôles définis et compris (clarté des rôles)[38] – Guide commun d'éthique[39]

Interdisciplinary Collaborative Professional Practice », (2005) 10 *Medical Education Online*, en ligne : <http://med-ed-online.net/index.php/meo/article/viewArticle/4387> (consulté le 25 juillet 2014) ; Leticia SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, « The Determinants of Successful Collaboration: A Review of Theoretical and Empirical Studies », (2005) 19-s1 *J. Interprof. Care* 132-147.

33. C.M SCOTT et L. LAGENDYK, *loc. cit.*, note 32 ; Canadian Medical Association (CMA), *loc. cit.*, note 32 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32 ; C.A ORCHARD, V. CURRAN et S. KABENE, *loc. cit.*, note 32 ; L. SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, *loc. cit.*, note 32 ; Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS), *op.cit.*, note 12.
34. Anna DURBIN *et al.*, « Barriers and Enablers to Integrating Mental Health into Primary Care: A Policy Analysis », (2013) 1-12 *Journal of Behavioral Health Services & Research* ; M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19 ; R. KARIM, « Building Interprofessional Frameworks Through Educational Reform », (2011) 25-1 *J. Chiropr. Educ.* 38-43. Sur la nécessité de poursuivre la recherche sur le rôle et les ingrédients clés de l'éducation interprofessionnelle pour améliorer la pratique professionnelle et les résultats de santé, voir S. REEVES *et al.*, « Interprofessional Education: Effects on Professional Practice and Healthcare Outcomes (update) », (2013) 3 *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
35. V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; L. SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, *loc. cit.*, note 32.
36. M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32.
37. C. M. SCOTT et L. LAGENDYK, *loc. cit.*, note 32 ; E. SUTER *et al.*, *loc. cit.*, note 32 ; Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS), *op. cit.*, note 12 ; Canadian Medical Association, *loc. cit.*, note 32 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32 ; C.A. ORCHARD, V. CURRAN et S. KABENE, *loc. cit.*, note 32 ; L. SAN MARTÍN- RODRÍGUEZ *et al.*, *loc. cit.*, note 32 ; C. SICOTTE, D. D'AMOUR et M.-P. MOREAULT, *loc. cit.*, note 19.
38. Canadian Medical Association, *loc. cit.*, note 32 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32 ; C.M SCOTT et L. LAGENDYK, *loc. cit.*, note 32.
39. Canadian Medical Association, *loc. cit.*, note 32.

Facteurs de résistance	Facteurs d'adhésion
	– Autonomie professionnelle[40] – Compétence en gestion des conflits[41] – Leadership professionnel et institutionnel qui valorise la collaboration[42]

Tableau 2. Facteurs de résistance et d'adhésion ayant un impact sur la *motivation*

Facteurs de résistance	Facteurs d'adhésion
– Manque de : temps ; soutien institutionnel ; budget ; personnel[43] – Incompatibilité des systèmes informatiques[44]	

40. A. M. RAFFERTY, J. BALL et L. H. AIKEN, »Are Teamwork and Professional Autonomy Compatible, and Do They Result in Improved Hospital Care ? », (2001) 10-Suppl II *Quality in Health Care* ii32-ii37.
41. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle – réseau universitaire intégré de santé, *op. cit.*, note 11 ; Debra GERARDI, « The Culture of Health Care : How Professional and Organizational Cultures Impact Conflict Management », (2005) 21 *Geor. State. U. L. R.* 857 ; voir aussi les CanMeds 2015 qui ajoutent les compétences en gestion des conflits aux habiletés à acquérir pour les médecins pour faciliter la collaboration interprofessionnelle : Jason R. FRANK *et al.*, *The Draft CanMeds 2015 – Psyhician Competency Framework*, 2014, en ligne : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/canmeds2015>.
42. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle – réseau universitaire intégré de santé, *op. cit.*, note 11 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32 ; T. R LAWLIS, J. ANSON et D. GREENFIELD, « Barriers and Enablers That Influence Sustainable Interprofessional Education: a Literature Review », (2014) 28-4 *J. Interprof. Care* 305-310.
43. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle – réseau universitaire intégré de santé, *op. cit.*, note 11 ; C.M SCOTT et L. LAGENDYK, *loc. cit.*, note 32 ; Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS), *op. cit.*, note 12 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; Canadian Medical Association, *loc. cit.*, note 32 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32.
44. Canadian Medical Association, *loc. cit.*, note 32 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; C.M. SCOTT et L. LAGENDYK, *loc. cit.*, note 32.

Facteurs de résistance	Facteurs d'adhésion
– Culture d'individualisme professionnel[45] – Conflit d'horaire[46] – Cursus scolaire rigide[47] – Incompréhension de la CI[48] – CI perçue comme inutile[49] – Manque de personnel facultaire spécialisé dans le domaine de la CI[50] – Bénéfices de la CI différents selon le domaine professionnel[51] – Modèle de rémunération à l'acte[52] – Champs de pratiques exclusifs ou restrictifs[53] – Peur d'une responsabilité médicale accrue (risque juridique)[54]	

45. M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; L. SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, *loc. cit.*, note 32 ; C. SICOTTE, D. D'AMOUR et M.-P. MOREAULT, *loc cit.*, note 19.
46. T. R. LAWLIS, J. ANSON et D. GREENFIELD, *loc. cit.*, note 42.
47. *Ibid.*
48. *Ibid.* ; K. K BARKER, C. BOSCO et I. F. OANDASAN, « Factors in Implementing Interprofessional Education and Collaborative Practice Initiatives: Findings from Key Informant Interviews », (2005) 19-Suppl 1 *J. Interprof. Care*. 166, 176.
49. *Ibid.*
50. R. KARIM, *loc. cit.*, note 35.
51. *Ibid.*
52. A. DURBIN *et al.*, *loc. cit.*, note 35 ; M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32 ; L. SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, *loc. cit.*, note 32 ; Gilles DUSSAULT, « La politique de la délégation des actes professionnels au Québec », (1985) 11-2 *Canadian Public Policy / Analyse de Politiques* 218-226.
53. W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32 ; L. SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, *loc. cit.*, note 32, 132-147 ; G. DUSSAULT, *loc. cit.*, note 52 ; A. DURBIN *et al.*, *loc. cit.*, note 35.
54. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle – réseau universitaire intégré de santé, *op. cit.*, note 11 ; A. DURBIN *et al.*, *loc. cit.*,

Facteurs de résistance	Facteurs d'adhésion
	– Soutien ou culture institutionnels favorables à la CI[55] – Champions/facilitateurs[56] – Espace physique commun[57] – Dossiers médicaux électroniques[58] – Performance dans l'évaluation des besoins de collaboration (« capacité de triage » en CI)[59] – Cours obligatoire en CI (exemple de secteurs propices : éthique et habiletés de communication)[60] – Attitude positive de la faculté universitaire[61]

note 35 ; M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19 ; Canadian Medical Association, *loc. cit.*, note 32 ; G. PRADA *et al.*, *Liability Risks in Interdisciplinary Care: Thinking Outside the Box*, Conference Board of Canada, Ottawa, 2007 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; Canadian Medical Protective Association, *Les soins concertés perspective de la responsabilité médicale*, Ottawa, 2006 ; W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19 ; Y OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32.

55. Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS), « Un rapport provisoire du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur les mécanismes permettant de faciliter et de soutenir la collaboration interprofessionnelle entre les collèges régissant les professions de la santé et les membres des professions de la santé règlementées », mars 2008 ; Canadian Medical Association, *loc. cit.*, note 32 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; Comité sur les pratiques collaboratives et la formation professionnelle-réseau universitaire intégré de santé, *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services*, février 2014 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32.
56. T. R. LAWLIS, J. ANSON et D. GREENFIELD, *loc. cit.*, note 42 ; K. K. BARKER, C. BOSCO et I. F. OANDASAN, *loc. cit.*, note 48 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle – réseau universitaire intégré de santé, *op. cit.*, note 11.
57. M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19.
58. M. CHAMPION, *loc. cit.*, note G. PRADA *et al.*, *Liability Risks in Interdisciplinary Care: Thinking Outside the Box*, Conference Board of Canada, Ottawa, 2007.
59. M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19 ; voir nos constats précédents sur le manque de données afferents aux contextes favorables à la CI.
60. T. R LAWLIS, J. ANSON et D. GREENFIELD, *loc. cit.*, note 42 ; R. KARIM, *loc. cit.*, note 35 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32.
61. T. R LAWLIS, J. ANSON et D. GREENFIELD, *loc. cit.*, note 42.

Facteurs de résistance	Facteurs d'adhésion
	– Subventions institutionnelles et gouvernementales[62] – Rémunération appropriée à la CI[63] – Élargissement de certains champs de pratique[64]

Tableau 3. Facteurs de résistance et d'adhésion ayant un impact sur l'*équité*

Facteurs de résistance	Facteurs d'adhésion
– Manque de respect envers les autres professions[65] – Rivalités professionnelles[66] – Manque de participation de certains membres dans l'équipe[67] – Manque de communication[68]	

62. *Ibid.* ; Junod PERRON *et al.*, « Formation interprofessionnelle : une exigence pour une approche intégrée des soins ? », (2008) 4-172 *Revue médicale suisse* 2030-2033.
63. A. DURBIN *et al.*, *loc. cit.*, note 35.
64. *Ibid.* ; Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS), *op. cit.*, note 12 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32 ; G. DUSSAULT, *loc. cit.*, note 52.
65. T. R LAWLIS, J. ANSON et D. GREENFIELD, *loc. cit.*, note 42 ; J. PERRON *et al.*, *loc. cit.*, note 62.
66. C.M. SCOTT et L. LAGENDYK, *loc. cit.*, note 32 ; Canadian Medical Association, *loc. cit.*, note 32 ; L. SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, *loc. cit.*, note 32.
67. V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; L. SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, *loc. cit.*, note 32.
68. Esther SUTER *et al.*, « Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice », (2009) 23-1 *J. of Interprof Care* 41-51 ; Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS), *op. cit.*, note 12 ; W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19 ; Canadian Medical Association, « Putting Patients First : Patient-Centred Collaborative Care – A Discussion Paper » (2007) ; Cathie M. SCOTT et Laura LAGENDYK, « Surmonter les défis que posent les équipes interprofessionnelles pour une meilleure qualité des soins », 2013, en ligne : <http://www.dermatology.ca/wp-content/uploads/2013/12/eBulletin-Dec-2013-editorial-overcoming-challenges-FR.pdf> (consulté le 31 juillet 2014) ; M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; Association canadienne de protection médicale, *Les soins concertés perspective de la responsabilité médicale*, Ottawa, 2006 ; Ivy OANDASAN *et*

Facteurs de résistance	Facteurs d'adhésion
	– Respect mutuel[69] – Légitimité et neutralité du processus de révision des champs d'exercice[70]

B. Discussion sur les facteurs de résistance et d'adhésion à la collaboration interprofessionnelle

14. L'objectif étant ici d'identifier globalement les facteurs ayant un impact sur la CI, en vue de les situer par la suite en fonction de notre compréhension de l'organisation et du mode de fonctionnement du système professionnel québécois, il ne s'agit pas d'en proposer une analyse critique et détaillée. Les explications resteront donc relativement succinctes et seront concentrées sur les facteurs pour lesquels la mention dans les tableaux ci-dessus n'est pas suffisante pour assurer une compréhension adéquate de la signification de ceux-ci.

15. S'agissant des facteurs susceptibles d'affecter la confiance des acteurs dans une démarche de CI, soulignons que l'ignorance ou l'incompréhension des rôles respectifs peut avoir trait tant aux compétences d'autrui qu'aux standards de pratique ou de philosophie afférents aux autres professions. Par exemple, des professionnels au sein d'une équipe ou membres d'un ordre professionnel peuvent avoir des standards distincts pour évaluer la qualité des soins et des services rendus. Les difficultés communicationnelles ressortent clairement comme une limite importante au travail interprofessionnel, lesquelles peuvent être associées à des aptitudes lacunaires (modèle de communication inefficace, manque d'écoute ou absence d'un jar-

al., *Teamwork in Healthcare: Promoting Effective Teamwork in Healthcare in Canada*, Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2006 ; C.A. ORCHARD, V. CURRAN et S. KABENE, « Creating a Culture for Interdisciplinary Collaborative Professional Practice », (2005) 10 *Medical Education Online*, en ligne : <http://med-ed-online.net/index.php/meo/article/viewArticle/4387> (consulté le 25 juillet 2014) ; Leticia SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, « the Determinants of Successful Collaboration: A Review of Theoretical and Empirical Studies », (2005) 19-s1 *J. Interprof. Care* 132-147.

69. M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19 ; Canadian Medical Association, *loc. cit.*, note 32 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32 ; C.A. ORCHARD, V. CURRAN et S. KABENE, *loc. cit.*, note 32 ; W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19 ; L. SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, *loc. cit.*, note 32.

70. T.R. TYLER, *op. cit.*, note 25.

gon professionnel commun[71] par exemple) ou à un manque de support logistique, par l'absence de dossier informatisé partagé notamment. D'ailleurs, s'agissant des facteurs susceptibles d'affecter la motivation des acteurs à coopérer, l'incompatibilité des systèmes informatiques au sein d'une équipe interprofessionnelle pourra nuire à une telle motivation en raison de la lourdeur et les contraintes accrues qui en découleront au sein de la dynamique de travail. Le facteur de la rigidité du cursus scolaire réfère à la difficulté ou à la réticence exprimée par certains responsables de programmes d'enseignement d'intégrer des cours favorisant la pratique interdisciplinaire. Le facteur des rivalités professionnelles témoigne souvent d'enjeux de pouvoir et de hiérarchie[72] sous-jacents entre les différents professionnels.

16. Le facteur de la crainte d'un accroissement de la responsabilité médicale ou du « risque juridique » mérite qu'on y apporte des nuances et les explications particulières. Ce facteur représente la crainte exprimée, à tort ou à raison, par des médecins (ou représentants de médecins) selon laquelle le travail interdisciplinaire comporte un risque accru pour leur responsabilité professionnelle, en raison, d'une part, d'une couverture d'assurance insuffisante des autres membres de l'équipe et, d'autre part, d'un partage en définitive inéquitable de la responsabilité des différents acteurs impliqués dans une démarche de travail interdisciplinaire[73]. Les médecins sont au premier chef concernés par cette préoccupation en raison de leur généreuse couverture assurantielle et de l'étendue, vu leur champ d'exercice et leur fréquent statut de chef d'équipe, de leurs responsabilités professionnelles[74].

17. En fait, les tribunaux au Québec et ailleurs au Canada se sont peu prononcés sur l'évaluation de la responsabilité qui découle spécifiquement d'un contexte de travail interdisciplinaire. En géné-

71. C.M SCOTT et L. LAGENDYK, *loc. cit.*, note 32 ; Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS), *op. cit.*, note 12 ; Canadian Medical Association, *loc. cit.*, note 32 ; C.A ORCHARD, V. CURRAN et S. KABENE, *loc. cit.*, note 32.
72. M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19 ; V. CURRAN, Health Canada, *op. cit.*, note 19 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32 ; L. SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, *loc. cit.*, note 32 ; G. DUSSAULT, *loc. cit.*, note 52.
73. Canadian Medical Protective Association, *op. cit.*, note 54 ; W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32 ; M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19.
74. W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32 ; L. SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, *loc. cit.*, note 32, 132-147 ; G. DUSSAULT, *loc. cit.*, note 52 ; A. DURBIN *et al.*, *loc. cit.*, note 35.

ral, les tribunaux continuent d'évaluer la responsabilité des membres de l'équipe sur une base individuelle et fournissent peu d'indications sur les compétences spécifiques que doivent développer les équipes interdisciplinaires et la responsabilité éventuelle qui pourrait leur être attribuée en situation de réelle interdépendance clinique. Une décision intéressante de common law mentionne toutefois la nécessité de développer une méthode appropriée de communication en tant qu'équipe pour s'assurer du transit de l'information[75]. Nous pouvons ultimement affirmer que la CI ne fait pas encore clairement partie des standards de pratiques appréciés par les tribunaux, même si ceux-ci expriment de façons diverses leur sensibilisation accrue à un contexte de pratique professionnelle de plus en plus interdisciplinaire dans le domaine de la santé[76]. Un risque juridique éventuel pour les équipes interdisciplinaires peut être associé à la nécessité d'adapter les règles du consentement aux soins pour inclure l'acquiescement (ou non) à une dispensation de soins par une équipe afin d'éviter de laisser supposer que seul le médecin participera au processus de soin et accèdera aux informations utiles[77].

18. Ultimement, l'état actuel du droit sur la pratique collaborative nous permet de poser les constats suivants : la flexibilité et l'adaptabilité nécessaires au déploiement d'une pratique interdisciplinaire ne doivent pas rimer avec l'absence ou une diminution de l'imputabilité dans la dispensation des soins et services de santé[78] ;

75. Il s'agit de l'affaire *Dejong* v. *Owen Sound General Hospital*, [1996] O.J. No. 809 (gen. Div), modifié [1999] O.J. No. 4369 (C.A. Ont.). Le tribunal constate l'échec de l'équipe traitante à désigner un membre de l'équipe pour noter les observations du groupe, suggérant ainsi l'ajout d'une responsabilité spécifique liée au *fonctionnement* en équipe. Il s'agit toutefois d'une décision de common law ; la portée de celle-ci au Québec est donc limitée.
76. Voir par exemple *ibid.* ; W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19.
77. Voir Conference Board du Canada, *op. cit.*, note 7, p. 33 et s.
78. Dans l'affaire *Granger* v. *Ottawa General Hospital*, [1996] O.J. No. 2129 (Gen. Div.), le tribunal mentionne que l'on devrait pouvoir s'attendre à ce que chaque professionnel effectue ses tâches et ses responsabilités adéquatement, sans faire l'objet d'une vérification constante : « [...] we simply do not have the financial resources to enable every professionnal to double check the work of other professionnals and because each professionnal within the obstretical team has a defined role, it is essential that each person's role be carried out within the standard of care and training appropriate to the professional involved » par. 32. Cette décision de common law laisse entendre que la préoccupation des médecins d'encourir la responsabilité ultime de l'équipe dans un contexte de pratique interdisciplinaire, même après la répartition de tâches en fonction des compétences des membres de l'équipe, serait peu probable. Pour une autre décision intéressante, voir *Semeniuk* v. *Cox*, 2000 ABQB 18 qui ajoute des précisions à l'effet que le travail en collaboration ne peut exiger des professionnels qu'ils dépassent leur champ de compétence. Toutefois, la portée de ces décisions est limitée au Québec.

les tribunaux, même si de plus en plus sensibles à la pratique interdisciplinaire, continuent surtout d'évaluer la responsabilité des membres de l'équipe sur la base de leur contribution individuelle aux soins fournis[79] ; les professionnels de la santé qui se voient déléguer de nouveaux actes professionnels, notamment à la suite d'un repartage des champs d'exercice, verront leur responsabilité professionnelle ajustée à cette redéfinition ; en revanche, le travail en collaboration ne peut pas exiger des professionnels qu'ils dépassent leur champ de compétence[80].

19. Dans la foulée de ces constats, et pour mitiger le « risque juridique » dans un contexte de travail interdisciplinaire, les équipes devraient s'assurer de : 1) bien clarifier leurs rôles et responsabilités sur une base individuelle et groupale[81] ; 2) assurer une tenue adéquate des dossiers médicaux[82] ; 3) définir un processus clair et efficace de communication au sein de l'équipe[83] ; 4) avoir une assurance responsabilité professionnelle adéquate obligatoire pour tous les membres de l'équipe[84] ; et 5) documenter le processus suivi par l'équipe[85].

20. L'incompréhension de la CI – à quoi elle sert, en quoi elle consiste et ce qu'elle implique – peut représenter un frein à son

79. Pour une discussion intéressante sur le sujet, voir G. PRADA *et al., op. cit.,* note 54 ; W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19.
80. Voir *ibid.* ; *Semeniuk* v. *Cox*, préc., note 78. Pour une discussion à ce sujet en responsabilité civile et médicale, voir S. PHILIPS-NOOTENS, P. LESAGE-JARJOURA et R.P. KOURI, *Éléments de responsabilité civile et médicale*, 3e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2007, par. 305 et s.
81. M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19 ; Canadian Medical Association, *loc. cit.*, note 32 ; J. BARRETT *et al.*, *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2007, en ligne : <http://old.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport_Fr_FINAL.pdf> (consulté le 31 juillet 2014) ; Canadian Medical Protective Association, *op. cit.*, note 54 ; W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32.
82. M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19 ; Canadian Medical Association, *loc. cit.*, note 32 ; J. BARRETT *et al.*, *op. cit.*, note 81 ; Canadian Medical Protective Association, *op. cit.*, note 54 ; W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32.
83. M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19 ; Canadian Medical Association, *loc. cit.*, note 32 ; W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32.
84. W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19 ; Y. OANDASAN *et al.*, *op. cit.*, note 32 ; G. PRADA *et al.*, *op. cit.*, note 54 ; HealthForceOntario, *op. cit.*, note 11.
85. M. CHAMPION, *loc. cit.*, note 19 ; Canadian Medical Association, *loc. cit.*, note 32 ; G. PRADA *et al.*, *op. cit.*, note 54 ; J. BARRETT *et al.*, *op. cit.*, note 81 ; W. LAHEY et R. CURRIE, *loc. cit.*, note 19.

déploiement dans une équipe et même dans le réseau de la santé. Pourra contribuer à cette incompréhension, une vision distincte des bénéfices qui peuvent y être associés en fonction du domaine de pratique. Par exemple, là où certains verront dans la CI des gains en productivité, d'autres y verront des gains sur la qualité des soins ; or, même s'ils ne sont pas incompatibles, la capacité d'intégrer ces deux points de vue dans une vision commune devra être discutée. Néanmoins, pour motiver les équipes et les ordres professionnels à implanter ou à soutenir la CI, la croyance dans les bénéfices de ce modèle de pratique doit être présente. Sur la base des constats précédents quant au manque de données probantes sur différents aspects de la CI, il semble que le développement de la recherche et le transfert de connaissances auprès des acteurs terrain aillent de pair, du moins en partie, avec cette croyance. Le fait d'être directement exposé à des expériences positives de CI, par exemple au sein d'une équipe ou d'un établissement, constitue aussi un facteur facilitant[86]. En ce qui a trait à la rémunération, il s'agit de développer des modèles de rémunération qui favorisent la CI, le paiement à l'acte (soit le modèle dominant pour les médecins au Canada) semblant dans ce contexte plutôt un obstacle à cette forme plus collégiale de pratique. En principe, et sans ici soulever l'ensemble des nuances qui pourraient être émises à propos d'un tel constat, le paiement à l'acte encourage les individus à fournir eux-mêmes et rapidement les différents actes, ce qui ne favorise pas nécessairement le partage d'actes et les discussions en équipe. En outre, le développement de la capacité de trier des pratiques interdisciplinaires afin de déterminer les secteurs d'activités où elles présentent le plus d'intérêt pourrait être nécessaire afin d'augmenter la performance des pratiques collaboratives et, par conséquent, la reconnaissance de l'apport de ce type de pratique.

21. Enfin, en ce qui a trait à la légitimité et la neutralité du processus de partage d'activités ou de révision des champs d'exercice, les travaux de Tyler mettent en relief la nécessité de disposer de processus empreints de justice, ce qui inclut notamment la possibilité pour les acteurs (ici les professionnels ou les représentants des ordres professionnels) d'exprimer leur « voix » et d'avoir accès à un forum décisionnel impartial pour se faire entendre, et ce, afin de susciter leur adhésion aux décisions éventuellement prises. Nous verrons dans la

86. K.K. BARKER, C. BOSCO et I.F. OANDASAN, *loc. cit.*, note 48 ; T.R. LAWLIS, J. ANSON et D. GREENFIELD, *loc. cit.*, note 42 ; Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle – réseau universitaire intégré de santé, *op. cit.*, note 11.

deuxième partie de cet article que ce facteur, comme d'autres mentionnés ci-dessus, n'est pas aussi présent qu'il pourrait l'être dans le système professionnel québécois. S'ouvre ainsi une opportunité de réflexion et d'amélioration sur la base des données probantes et de la littérature, mais aussi en fonction de certaines expériences vécues dans d'autres juridictions canadiennes.

II. COMMENT LE SYSTÈME PROFESSIONNEL QUÉBÉCOIS SOUTIENT-IL L'INTERDISCIPLINARITÉ ?

22. La plupart des acteurs du système professionnel québécois, notamment au sein de l'Office des professions et des ordres professionnels du secteur de la santé, affichent généralement une ouverture manifeste à l'égard de la CI[87] et, dans la réalité et la diversité de leurs actions au quotidien, vont régulièrement chercher à la soutenir avec les outils dont ils disposent. Ce qui suit ne vise donc pas tant à remettre en question cette prémisse, mais plutôt à évaluer si ces mêmes outils sont effectivement les plus adaptés, en ce qui concerne, d'une part, les mécanismes de contrôle d'exercice de la profession, particulièrement en situation de CI clinique, et d'autre part, les processus mis en place lors de différends interordres liés à l'interprétation ou à la révision des champs d'exercice.

A. En matière de contrôle de l'exercice des professions

23. S'il ressort de la littérature que le fait de disposer de règles éthiques ou de normes de pratique communément applicables aux différents intervenants constitue un ingrédient favorisant la CI, peut-on affirmer que le système professionnel québécois est un milieu propice pour en favoriser l'émergence ?

24. Au strict plan législatif et réglementaire, la réponse semble être plutôt négative, avec certaines nuances par ailleurs.

25. D'abord, en ce qui concerne le volet législatif, on ne peut bien sûr nier que le Québec a sans doute été un précurseur en adoptant

87. À titre d'exemple de cette ouverture, les ordres professionnels québécois du secteur de la santé collaborent depuis près de 20 ans à l'organisation d'un colloque sur l'interdisciplinarité qui, sur une base régulière, offre une occasion de réflexion et d'échanges sur cette thématique. La 7e édition a été tenue les 6 et 7 novembre 2014, sous le thème suivant : « Quand partage d'activités rime avec conflits interprofessionnel : Peut-on mieux faire ? ».

une loi-cadre, soit le *Code des professions*, applicable à l'ensemble des professions reconnues, incluant notamment l'ensemble de celles qu'on retrouve dans le secteur de la santé. Pour autant, ce code vise surtout à instaurer des processus organisationnels et fonctionnels communs aux ordres professionnels, alors que les dispositions visant à établir des règles communes que doivent respecter les professionnels « sur le terrain » sont peu nombreuses et ont une portée limitée à certains enjeux particuliers[88]. Aussi, ce qu'on appelle les lois particulières[89], soit les lois adoptées pour chacune des professions dites d'exercice exclusif[90], ne visent généralement que les professionnels membres de l'ordre concerné.

26. La situation au plan réglementaire n'est pas bien différente, en ce que les habilitations prévues par le *Code des professions* et les lois particulières ne permettent généralement aux ordres que de réglementer les activités et la conduite de leurs propres membres. Certes, il y a bien sûr les cas où un ordre autorise par voie réglementaire d'autres intervenants, professionnels ou non, à réaliser des activités habituellement réservées à ses membres[91] ou, encore, la situation de certains ordres qui ont intégré[92] les professionnels de

88. Soit notamment en ce qui concerne l'inconduite sexuelle, la publicité et les déclarations publiques, le secret professionnel, de même que la confidentialité et les droits d'accès aux dossiers constitués par les professionnels : art. 54 et 57 à 60.7 C.prof.
89. Comme par exemple, la *Loi médicale*, RLRQ, c. M-9.
90. Voir les professions visées à la section II du chapitre IV du *Code des professions*.
91. Il s'agit de ce qu'on désigne souvent comme étant de la « délégation d'actes » et qui est rendu possible par diverses habilitations législatives, dont les suivantes : art. 94, (h) C.prof. ; *Loi médicale*, RLRQ, c. M-9, art.19b). À titre d'exemple d'un tel règlement, qui concerne les infirmières praticiennes spécialisées, voir : *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 13.
92. Suivant notamment ce que prévoit l'alinéa 2 de l'article 27.2 C.prof., lorsqu'il s'agit de professions à titre réservé, sans exclure qu'il puisse également advenir par la modification de lois particulières pour des professions d'exercice exclusif. Parmi les différents cas d'intégration observés au cours des dernières années, on note celui des thérapeutes conjugaux et familiaux à l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, de même que celui de thérapeutes en réadaptation physiques à l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. En ce qui concerne un éventuel scénario de fusion d'ordres professionnels d'un même secteur, on remarque qu'il est prévu au premier alinéa de l'article 27.1 C.prof. pour les professions à titre réservé et qu'il pourrait aussi concerner des professions d'exercice exclusif au gré de modifications de lois particulières. Or, le seul cas observé à ce jour est celui des professions comptables, qui a résulté en la création de l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec : *Loi sur les comptables professionnels agréés*, L.Q. 2012, c. 11. Aussi, sans que ce ne soit le fruit d'une intégration ou d'une fusion, on note aussi le cas de l'Ordre des

différentes disciplines. Mais autrement, les seuls cas où une véritable approche réglementaire multidisciplinaire semble être prévue ne concernent qu'un nombre limité d'activités partagées, comme la psychothérapie[93] et le directorat de laboratoire de prothèses dentaires[94],

27. Donc, il reste difficile pour l'instant d'envisager, dans une perspective très large, l'adoption de règlements à portée multidisciplinaire, que ce soit en matière déontologique, de tenue de dossier, d'entretien et d'aseptisation d'équipements et d'instruments, etc. Il faut toutefois mentionner que cette situation n'interdit évidemment pas que les ordres professionnels, avec le concours de l'Office des professions[95], coordonnent leurs interventions réglementaires respectives pour assurer une cohérence d'ensemble et l'adoption de règles communes en vue de favoriser la CI[96].

28. En raison de leur nature plus informelle, les instruments « pararéglementaires »[97] qu'on désigne comme étant des « guides de pratique », des « lignes directrices », des « énoncés de position », etc., permettent plus facilement de définir ou de préciser des normes applicables à des professionnels de différentes disciplines appelés à intervenir dans un contexte clinique donné. Dans ce cas, s'il est vrai que ceux-ci sont souvent adoptés suivant une approche « unidiscipli-

---

orthophonistes et audiologistes du Québec, qui regroupe les professionnels de deux disciplines connexes, mais manifestement distinctes.

93. Voir les pouvoirs réglementaires de l'Office des professions en cette matière, de même que le rôle joué par le conseil consultatif interdisciplinaire : art. 187.1, 187.3.1, 187.3.2 et 187.5.1 à 187.5.6 C.prof.

94. Voir le pouvoir réglementaire de l'Office à ce sujet ; art. 187.7 C.prof.

95. Voir le rôle central joué par l'Office des professions en matière d'examen et d'approbation des règlements adoptés par les ordres professionnels : art. 12(1) à (5), 95 à 95.2 C.prof.

96. Ainsi, au plan déontologique, plusieurs ordres ont intégré dans la réglementation applicable à leurs membres des dispositions visant à soutenir la CI. Par exemple, dans le cas des médecins : *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 17, art. 26, 42, 110 à 115. Aussi, si on se permet d'envisager cette situation comme un exemple de coordination réglementaire soutenant la CI, on peut mentionner le cas des règlements adoptés par les ordres concernant la tenue de dossier, qui tiennent généralement compte des exigences particulières liées à la tenue du dossier de l'usager dans les établissements du réseau de la santé et de services sociaux, où l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès d'un usager sont appelés à partager un seul dossier constitué pour ce dernier : *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, RLRQ, c. M-9, r. 20.3, art. 2 ; *Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, RLRQ, c. I-8, r. 14, art. 3 par. 1.

97. Patrice GARANT, *Droit administratif*, 6e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2010, p. 259-264.

naire », soit par un seul ordre et pour ses propres membres, on a vu aussi apparaître des initiatives interordres visant à définir des balises communément applicables à leurs membres, entre autres au moment où un groupe de professionnels se voit autorisé à réaliser de nouvelles activités[98].

29. Au chapitre des mécanismes d'inspection et d'enquête, la situation est sensiblement la même que celle observée pour la réglementation, en ce sens que les principaux leviers dont disposent les ordres, soit l'inspection professionnelle[99] et la discipline[100], n'obéissent pas à des règles qui favorisent explicitement des approches collaboratives interordres. Bien sûr, on peut sans doute souligner le fait que les règles actuelles n'interdisent pas aux responsables de différents ordres professionnels dont les membres exercent des activités connexes de coordonner certaines interventions, voire d'échanger de l'information[101]. Il reste toutefois que « l'ADN » du système actuel est, sauf quelques exceptions[102], beaucoup plus orienté vers des approches parallèles.

98. Dans le cas des médecins et des infirmières, voir par exemple : Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Lignes directrices – Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*, 2e éd., 2014, en ligne : <http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/ActivitesPartageables/~/media/Files/Lignes/Lignes-IPS-prem-ligne.pdf?31527> (consulté le 27 mars 2015). Dans le cas des médecins et des pharmaciens, voir par exemple : Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, *Loi 41 – Guide d'exercice – Les activités réservées au pharmaciens*, 2013, en ligne : <http:// www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/ActivitesPartageables/~/media/Files/Guides/Guide-exercice_activites-reservees-pharmaciens.pdf?31527> (consulté le 27 mars 2015).
99. Voir notamment les articles 109 à 115 C.prof.
100. Voir notamment les articles 115.1 à 182 C.prof.
101. Voir notamment à ce sujet ce que prévoit l'article 108.10(2) C.prof.
102. Dans le cas de la psychothérapie, des mécanismes de collaboration interordres ont été explicitement prévus compte tenu de l'approche suivant laquelle un professionnel non psychologue peut se voir délivrer, par l'Ordre des psychologues, un permis particulier pour l'exercice de cette activité : 187.4 et 187.4.2 C.prof. Aussi, sans que ce ne soit spécifiquement lié à la discipline ou à l'inspection professionnelle, il y a, dans certaines lois particulières, des pouvoirs d'enquête spéciaux qui sont conférés à des ordres professionnels et qui peuvent être exercés conjointement dans un contexte donné : voir notamment les articles 15 à 18.2 de la *Loi médicale* (RLRQ, c. M-9) et 11a) et a. 1), al. 2 et 11.1 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers* (RLRQ, c. I-8). À titre d'exemple d'une enquête menée conjointement par deux ordres professionnels et ayant conduit à la formulation de plusieurs recommandations : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec, *Rapport d'enquête sur la qualité des soins en santé mentale au CSSS de Saint-Jérôme*, juin 2011, en ligne : <http://www.oiiq.org/sites/default/files/rapport-enquete-saint-jerome-20110616-VCA-oiiq-VF_0.pdf> (consulté le 18 avril 2014). Enfin, en matière d'exercice illégal, on retrouve l'exemple suivant d'une action concertée des ordres professionnels des

B. En ce qui concerne l'interprétation et l'évolution des champs d'exercice

30. Sans être trop fataliste, il n'est probablement pas déraisonnable d'envisager que les différends interordres en lien avec l'interprétation et l'évolution des champs d'exercice professionnels sont en quelque sorte inévitables. Que propose alors le système professionnel québécois afin de disposer de ces mésententes, à défaut de pouvoir les prévenir totalement ?

31. Avant de répondre à cette question, il est important de ne pas inférer que la notion de champ d'exercice signifie que la répartition des activités entre les professions reconnues correspond à des blocs étanches ou à des ensembles mutuellement exclusifs, suivant lesquels ce qui est attribué à une profession ne peut être exercé par l'autre[103]. Dans le secteur de la santé, le partage d'activités entre deux ou plusieurs professions est davantage la règle que l'exception, à savoir que les cas où on observe qu'une activité ne peut être réalisée que par les membres d'une seule profession ne sont pas si fréquents. De fait, la plupart des activités professionnelles en cause concernent, de façon plus ou moins directe et complète, selon le cas, le diagnostic ou le traitement d'une condition de l'être humain, ce qui signifie notamment qu'il y a au moins partage d'activités avec la médecine, si ce n'est avec la profession d'infirmière. Les situations de « chevauchements » de champ d'exercice ou d'activités réservées sont ainsi monnaie courante.

32. Ce constat étant fait, il faut noter que les mésententes liées aux champs d'exercice se situent généralement dans différents contextes qui pourraient être distingués comme suit : d'abord, le contexte de la « cohabitation », lorsqu'il est question de bien comprendre la teneur et les limites des champs d'exercice et des activités réservées de différents intervenants ayant des activités connexes,

---

médecins, des chiropraticiens et de la physiothérapie : *Collège des médecins du Québec* c. *De Sorgher*, 2015 QCCS 1213.

103. À ce sujet, voir notamment : *Vézina* c. *Corporation professionnelle des médecins du Québec*, [1998] R.J.Q. 2940, en ligne, REJB 1998-08821 (C.A.), *Fortin* c. *Québec (Tribunal des professions)*, [2003] R.J.Q. 1277, en ligne : REJB 2003-41009 ; Patrick DE NIVERVILLE, « L'exclusivité professionnelle : mythe ou réalité ? », (1987) 47 *R. du B.* 555. Voir aussi ce que le coauteur des présentes lignes propose comme explications à ce sujet : Marco LAVERDIÈRE, « L'exercice d'une profession de la santé et le droit professionnel », dans Mélanie BOURASSA-FORCIER et Anne-Marie SAVARD (dir.), *Droit et politiques de la santé*, Montréal, LexisNexis Canada, 2014, p. 340-344.

pour déterminer en quelque sorte « qui peut faire quoi » ; ensuite, le contexte de la révision des champs d'exercice et des activités réservées, lorsqu'il s'agit de redéfinir ceux-ci afin, notamment, de tenir compte de l'évolution des connaissances et des technologies dans un secteur donné, où un groupe d'intervenants souhaite être autorisé à poser des actes autres que ceux qui lui sont déjà autorisés.

33. À l'égard de ces situations, on note d'abord le rôle central confié à l'Office des professions en ce qui concerne le bon fonctionnement du système professionnel et, plus particulièrement, à l'égard de la surveillance des ordres professionnels afin d'assurer que ceux-ci s'acquittent adéquatement de leur mission de protection du public[104]. À ce sujet, on remarque les fonctions suivantes attribuées à l'Office :

> [L'Office] suggère, lorsqu'il le juge opportun, [...] des modifications au présent code et aux lois, aux lettres patentes, aux décrets d'intégration ou de fusion et aux règlements [régissant les ordres] ; il tente d'amener les ordres à se concerter afin de trouver des solutions aux problèmes communs qu'ils rencontrent, en raison notamment de la connexité des activités exercées par leurs membres.[105]

34. Aussi, à l'égard de ces responsabilités, voici ce que l'Office indique dans son plan stratégique 2009-2012[106] :

> TROISIÈME DOMAINE D'INTERVENTION
>
> Rôle de catalyseur à l'égard de l'évolution du système professionnel
>
> L'Office exerce une fonction de conseil auprès du gouvernement à l'égard des ajustements à apporter au système professionnel pour favoriser son adaptation continuelle aux nouveaux défis qui lui sont posés. [...]
>
> Au sein du système professionnel, des adaptations sont régulièrement requises pour ajuster les champs ou les conditions

104. Art. 12, al. 1 C.prof.
105. Art. 12, al. 2 C.prof.
106. Office des professions du Québec, *Plan stratégique 2009-2012*, Québec, 2009, en ligne : <http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Plan_strategique/OPQ_PlanStrat_2009-2012.pdf> (consulté le 27 mars 2015).

d'exercice des diverses professions : c'est la question de la connexité et du chevauchement des champs d'exercice professionnel. Divers facteurs extérieurs aux professions viennent aussi influencer leur exercice. Cela rend nécessaires des révisions périodiques de l'encadrement de groupes de professions ou, plus rarement, de l'ensemble du système.

[...]

3.2 L'Office investit pour favoriser la collaboration entre les ordres dans la recherche de solutions aux problèmes communs, notamment ceux qui sont associés à la connexité et au chevauchement des activités de leurs membres.

Conciliation entre les ordres[:]

- Promouvoir une culture de collaboration entre les ordres afin de permettre la mise en œuvre de solutions concertées[;]
- Soutenir les démarches de concertation entreprises visant à résoudre des problèmes interordres[.][107]

35. La lecture des rapports annuels de gestion de l'Office des professions permet d'identifier de façon plus concrète comment s'actualisent ces fonctions de concertation. Pour l'année 2013-2014, et en se limitant au secteur de la santé, on peut ainsi identifier que l'Office est intervenu dans le domaine des soins et des services buccodentaires et dans celui lié aux soins et services oculovisuels[108]. Cette intervention s'est notamment traduite par la constitution ponctuelle de comités de travail interordres et de comités d'experts composés de professionnels de chacune des disciplines concernées, avec la participation de tierces parties[109].

107. *Ibid.*, p. 22-24.
108. Office des professions du Québec, *op. cit.*, note 1, p. 26 et 27.
109. À titre d'information complémentaire sur le processus suivi dans ces deux domaines, voir notamment : Office des professions du Québec, *Modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire*, 2012, en ligne : <http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/buccodentaire.pdf> (consulté le 8 juin 2015) ; Office des professions du Québec, *Modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'oculo-visuel*, 2013, en ligne : <http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/oculo_mai_2013.pdf> (consulté le 8 juin 2015).

36. Les comités interordres peuvent ainsi être constitués à l'initiative de l'Office, sinon des ordres eux-mêmes[110], en vue de régler, suivant la distinction expliquée précédemment, des différends ou enjeux de cohabitation interdisciplinaire ou de définir les orientations d'une révision de champs d'exercice professionnel. Dans ce dernier cas, ils peuvent aussi bien intervenir en amont de la révision, pour tenter de dégager certains consensus, qu'en aval, dans un rôle de vigie qui consiste à suivre et à gérer de façon coordonnée la mise en œuvre de modifications législatives ou réglementaires visant à autoriser de nouvelles activités à un groupe d'intervenants donné, notamment au plan communicationnel et informationnel[111]. Bien sûr, compte tenu de l'étendue du champ d'exercice des médecins et de la présence de ceux-ci dans la plupart des milieux cliniques, le Collège des médecins du Québec est un joueur omniprésent dans le cadre de ces processus interordres, étant ainsi appelé à collaborer avec la plupart des autres ordres professionnels du secteur de la santé dont le champ d'exercice fait l'objet d'une révision.

37. En ce qui concerne les comités d'experts, ils sont généralement appelés à définir les contours d'un exercice majeur de révision de champs d'exercice dans un secteur donné, soit ce qu'on appelle un exercice de « modernisation », dans le cadre de travaux faits sous l'égide du ministre responsable ou de l'Office des professions et qui conduiront généralement à la production d'un rapport sur la base duquel s'appuieront, pour une bonne partie, les aménagements législatifs et réglementaires requis. Il s'agit d'une approche qui, avec cer-

110. Il ne faut évidemment pas négliger le rôle d'initiative des ordres professionnels du secteur de la santé, lequel a récemment permis l'adoption d'un énoncé de position sur la collaboration interprofessionnelle par plusieurs d'entre eux : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Collaboration interprofessionnelle*, en ligne : <http://www.oiiq.org/lordre/dossiers-strategiques/collaboration-interprofessionnelle> (consulté le 5 juin 2015).

111. Des présentations à ce sujet ont été faites dans le cadre de la 7e édition du Colloque sur l'interdisciplinarité ayant pour thème « Quand partage d'activités rime avec conflits interprofessionnels : Peut-on mieux faire ? » et qui a eu lieu les 6 et 7 novembre 2014. En ce qui concerne les médecins et les pharmaciens : Jean-Bernard TRUDEAU, « Maintenir la vigie au-delà du conflit », secrétaire adjoint, Collège des médecins du Québec, 2014 ; en ce qui concerne les professions de la santé et des relations humaines : Pierre DESJARDINS, « La loi 21 et la concertation interordres des exemples concrets d'un exercice difficile mais absolument nécessaire », directeur de la qualité et du développement de la pratique, Ordre des psychologues du Québec, 2014. Dans ce dernier cas, voir également le conseil consultatif interdisciplinaire établi suivant les articles 187.5 à 187.5.6 C.prof.

taines exceptions[112], semble prévaloir depuis les travaux du Groupe Bernier[113], ayant conduit, en 2002 à un premier exercice de modernisation visant les professions de la santé physique du secteur public[114]. C'est aussi cette approche qui a conduit, en 2009, à un exercice similaire pour les professions de la santé mentale et des relations humaines[115], sur la base des travaux d'un autre comité d'experts[116].

112. Il arrive que des initiatives plus ou moins substantielles visant l'octroi de nouvelles prérogatives professionnelles à un groupe donné, apparaissent de façon imprévue, du moins pour les observateurs extérieurs, sans que des comités d'experts comme ceux ici évoqués ne soient constitués. On note à ce sujet l'initiative législative visant à autoriser les pharmaciens à prescrire des médicaments : *Loi modifiant la Loi sur la pharmacie*, L.Q. 2011, c. 37. Plus récemment, on a noté une initiative réglementaire visant à autoriser les infirmières à poser certains actes qui étaient jusque-là réservés notamment aux médecins : *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*, projet de règlement, G.O.Q. 2015.II.9. On note que, comme dans ce dernier cas, lorsque l'autorisation de nouvelles activités professionnelles à un groupe d'intervenants donnés procède par voie réglementaire, le législateur exige de l'ordre qui entend adopter le règlement en cause consulte tous les ordres concernés. Voir notamment ces dispositions à ce sujet : art. 94h) C.prof. ; *Loi médicale*, RLRQ, c. M-9, art. 19, al. 2.

113. Il s'agit du groupe de travail qui a produit les rapports suivants : Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines*, rapport d'étape, Sainte-Foy, novembre 2001, en ligne : <http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/01_premier%20rapport%20Bernier.pdf> (consulté le 30 mars 2014) ; Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines*, deuxième rapport, Sainte-Foy, juin 2002, en ligne : <http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/12_Deuxi%C3%A8me%20%20rapport%20prof_sante_relations_humaines.pdf> (consulté le 30 mars 2014).

114. Le texte législatif supportant cette modernisation est généralement connu comme étant la « loi 90 » et correspond en fait à la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, c. 33. Les professions visées, telles qu'elles étaient alors désignées, sont les suivantes : médecins, pharmaciens, infirmières, technologues en radiologie, diététistes, orthophonistes et audiologistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, aux infirmières auxiliaires, technologistes médicaux et aux inhalothérapeutes.

115. Dans ce cas-ci, plusieurs intervenants réfèrent généralement à la « loi 21 », qui correspond en fait à la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, L.Q. 2009, c. 28. Les professions alors visées étaient les suivantes : psychologues, médecins, infirmières, travailleurs sociaux, thérapeutes conjugaux et familiaux, conseillers d'orientation et psychoéducateurs.

116. Il s'agit ici du comité ayant produit le « Rapport Trudeau », soit le rapport suivant : Comité d'experts, *Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines, Partageons nos compétences*, 2005, en ligne : <http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Rapport_etude/Rapport-Sante-ment.pdf> (consulté le 19 avril 2014).

38. Dans ces deux derniers cas, les comités d'experts en question ont été présidés par des médecins, alors que les membres étaient surtout issus des professions de la santé visées par les travaux, incluant la médecine[117]. Dans d'autres cas, on a vu également que des personnes désignées comme « représentants du public » faisaient partie de la composition de ces comités d'experts et qu'il est arrivé qu'on confie le rôle de président à une personne qui n'était pas médecin ou encore, à une personne dont le profil était complètement étranger à celui des professions visées par les travaux à réaliser[118].

39. Le recours aux comités interordres et aux comités d'experts pour gérer les enjeux de cohabitation interdisciplinaire et de révision des champs d'exercice a sans doute le mérite de favoriser la concertation entre les intervenants concernés et l'apport de spécialistes du milieu, mais il est difficile d'affirmer qu'il s'agit d'un mode de fonctionnement particulièrement transparent et ouvert à la participation du public. Il est vrai que, dans le cas des travaux des comités d'experts, les ordres professionnels concernés et plusieurs intervenants de divers milieux sont généralement invités à soumettre leurs positions et préoccupations[119], mais ces consultations se font sur une base discrétionnaire. Aussi, il s'agit d'un processus qui n'est pas accessible au public en général, sauf peut-être au plan strictement informationnel, pour les grandes orientations et étapes des travaux à réaliser, pour les rapports produits ainsi que pour les suites législatives et réglementaires[120].

40. Reste enfin le rôle joué par le Conseil interprofessionnel du Québec, soit le regroupement des ordres professionnels québécois, dont les fonctions consistent notamment à « inviter les groupes qui sont reconnus ou non comme ordres professionnels et dont les mem-

117. Voir la liste des membres de ces comités d'experts : Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, *op. cit.*, note 113, p. 13-15 ; Comité d'experts, *op. cit.*, note 116, p. 9.
118. Dans le cas des comités d'experts constitués pour les domaines buccodentaires et oculovisuels, voir la composition annoncée ici : Office des professions du Québec, *Modernisation des pratiques professionnelles du domaine buccodentaire*, *op. cit.*, note 109 ; Office des professions du Québec, *Modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'oculo-visuel*, *op. cit.*, note 109.
119. Pour une liste des intervenants consultés, voir : Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, *op. cit.*, note 113, p. 157-159 ; Comité d'experts, *op. cit.*, note 116, p. 10-12.
120. Voir notamment ce qu'on trouve actuellement dans le site web de l'Office : <http://www.opq.gouv.qc.ca/santementalerelationshumaines/>, section sur la *Modernisation de l'organisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines*.

bres exercent des activités connexes à se rencontrer en vue de trouver une solution à leurs problèmes »[121]. Cette fonction a notamment conduit le Conseil à proposer un processus volontaire de médiation relativement aux conflits interordres, lequel ne semble toutefois pas avoir conduit à des résultats tangibles. D'ailleurs, une autre approche potentiellement plus contraignante au chapitre de la médiation serait semble-t-il envisagée par l'Office des professions[122].

III. APERÇU DE LA SITUATION AILLEURS AU CANADA

41. Comment d'autres juridictions canadiennes abordent-elles les enjeux particuliers liés à l'interdisciplinarité, que ce soit au plan clinique ou de celui des relations interordres ?

42. Sans prétendre ici avoir procédé à une révision complète, il peut être intéressant de jeter un coup d'œil sur quelques initiatives prises dans d'autres provinces canadiennes dans lesquelles on retrouve des systèmes sociosanitaires comparables à celui du Québec et qui sont évidemment dotés des mêmes compétences constitutionnelles en matière de réglementation des professions.

43. Dans le cas de la Nouvelle-Écosse, on note d'abord le développement soutenu d'une « approche collaborative » interprofessionnelle en matière d'autoréglementation des professions de la santé, suivant des travaux initiés en 2007[123] et qui ont conduit, en 2012, à l'adoption de la *Regulated Health Professions Network Act*[124]. Cette loi énonce clairement les objectifs suivants :

121. Art. 19, par. 6 C.prof.
122. Office des professions du Québec, *Notre vision, notre culture : de nouveaux horizons*, notes pour l'allocution prononcée par Me Jean-Paul Dutrisac, président de l'Office des professions du Québec, *op. cit.*, note 1, p. 14-15.
123. Au sujet de cette initiative, voir notamment : Nova Scotia Health Professions Regulatory Network, *Toward Collaborative Self-Regulation, a report submitted to the Nova Scotia Department of Health and Wellness*, décembre 2011, en ligne : <http://www.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/law/HLI/HLI_WG%20Document%20Dec%202011.pdf> (consulté le 27 mars 2015) ; William LAHEY (dir.) *et al.*, *Collaborative Self-Regulation and Professional Accountability in Nova Scotia's Health Care System. A Report from the Working Group on Collaborative Regulation of the Nova Scotia Health Professions Regulatory Network to the Nova Scotia Health Professions Regulatory Network*, novembre 2009, en ligne : <http://www.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/law/HLI/HLI_WG%20Document%20Nov%202009.pdf> (consulté le 27 mars 2015).
124. S.N.S. 2012, ch. 48.

Purpose of Act

2. The purpose of this Act is to improve the system of health-profession regulation in the Province in accordance with the following guiding principles :

(a) increased collaboration among Network members in the regulation of the health professions can support and enable an increase in interprofessional practice among the regulated health professions and strengthen the protection that regulation provides to the public ;

(b) collaboration among regulated health professions and the sharing of information by those professions provides the opportunity for improvement in regulatory processes and health-care delivery ;

(c) collaboration is most successful when the parties to it enter into it voluntarily ;

(d) where regulated health professions agree to collaborate on regulatory processes, statutory barriers to collaboration should be eliminated.

44. Ainsi, la loi en question prévoit différents mécanismes suivant lesquels les ordres professionnels du secteur de la santé sont appelés à collaborer étroitement, notamment par l'entremise d'un « réseau » auquel ils appartiennent tous, soit le *Nova Scotia Regulated Health Professions Network.* Si les modalités de fonctionnement et certaines responsabilités de ce réseau peuvent évoquer celles du Conseil interprofessionnel du Québec, elles s'avèrent beaucoup plus substantielles en ce qui concerne les possibilités de mise en œuvre de la CI dans le cadre des interventions réalisées par chacun des ordres qui en sont membres. Ainsi, le législateur néoécossais va jusqu'à instaurer des processus interordres permettant de tenir des enquêtes conjointes relatives aux plaintes du public, en plus de prévoir un processus collaboratif pour l'interprétation et la révision des champs d'exercice de disciplines connexes, sans compter une coopération étroite en matière de révision de décisions liées à l'admission à la pratique[125]. Le tout est assorti de diverses dispositions qui visent à favo-

125. Voir comment ces processus sont institués par la loi et la réglementation applicables : *Regulated Health Professions Network Act*, S.N.S. 2012, c. 48, art. 6 à

riser le partage d'information entre les ordres de façon à mieux soutenir les mécanismes de collaboration.

45. Du côté de l'Ontario, c'est la présence d'un mécanisme particulier concernant des questions en « litige », incluant les conflits interdisciplinaires, qui retient l'attention. On observe ainsi que la loi-cadre[126] ontarienne relative aux professions prévoit la création du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (ci-après : CCRPS), composé de cinq à sept personnes qui ne sont pas directement liées au gouvernement ou aux ordres professionnels eux-mêmes, ce qui favorise l'impartialité à l'égard des questions à traiter et des protagonistes[127]. Les fonctions de cette organisation sont prévues comme suit :

> **11.** (1) Le Conseil consultatif a pour fonction de conseiller le ministre et nulle autre personne, sur toute question en litige faisant partie des questions visées aux alinéas (2)a) à f), mais seulement si le ministre décide de la lui soumettre par écrit, sollicitant ses conseils, et dans aucune autre circonstance.
>
> (2) Le ministre peut soumettre au Conseil consultatif les questions suivantes :
>
> a) la nécessité de réglementer les professions non réglementées ;
>
> b) la nécessité de cesser de réglementer les professions déjà réglementées ;
>
> c) les propositions de modification de la présente loi, d'une loi sur une profession de la santé ou d'un règlement pris en application de ces lois, et les propositions de règlements pris en application de ces lois ;

22 ; *Regulated Health Professions Network Regulations*, N.S. Reg. 61/2014. Voir aussi comment le fonctionnement du réseau et les mécanismes de collaboration sont décrits : Nova Scotia Health Professions Regulatory Network, « FAQs », *The Network*, en ligne : <http://www.nsrhpn.ca/faqs/> (consulté le 7 avril 2015).

126. *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, L.O. 1991, c. 18.

127. *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, L.O. 1991, c. 18, art. 8. Voir le profil des membres actuels : CCRPS, *Conseil*, en ligne : <http://hprac.org/fr/about/council.asp> (consulté le 8 avril 2015).

d) les questions concernant les programmes d'assurance de la qualité mis sur pied par les ordres ;

e) le programme de relations avec les patients de chacun des ordres et l'efficacité de ces programmes ;

f) toute question relative à la réglementation des professions de la santé que le ministre estime souhaitable de soumettre au Conseil consultatif.

46. Suivant ce que prévoit la loi[128] et ce qu'indiquent les pratiques actuelles du CCRPS, pour chaque mandat ministériel qui lui est confié, celui-ci procède de façon systématique à des consultations de toutes les parties intéressées, incluant même des audiences publiques, en observant une procédure qui apparaît systématisée et en fonction d'un échéancier annoncé à l'avance. Ainsi, en plus des ordres professionnels immédiatement concernés par la question à l'étude, toute personne intéressée peut participer à une telle consultation[129]. Voici d'ailleurs comment le CCRPS décrit lui-même son rôle :

> Pour formuler ses conseils, le CCRPS se fonde sur des renseignements et des commentaires du grand public, des organismes communautaires, des groupes d'intérêts, des ordres des professionnels de la santé réglementés et des associations. Le Conseil se veut accessible et ouvert, et son processus de consultation pourrait comprendre des soumissions écrites, des audiences publiques, des groupes de discussion, des projets de recherche et des réunions communautaires, afin de profiter de l'expérience et de l'expertise de ceux touchés par le sujet.[130]

47. Il est bien sûr possible de trouver certaines similitudes entre les responsabilités de l'Office des professions et celles du CCRPS rela-

128. *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, L.O. 1991, c. 18, art. 13.
129. Par exemple, au moment où ces lignes sont écrites, le CCRPS procédait au traitement d'une demande ministérielle relative à la podologie et à la podiatrie, dans le cadre de laquelle il a tenu une séance de consultation sur le modèle de soins des pieds en Ontario et a rendu public une demande de l'Ordre des podologues de l'Ontario (le requérant) de procéder à un examen du champ d'exercice de ses membres, aux fins d'examen et de commentaires par toute personne intéressée : CCFRPS, *Podologie / podiatrie,* Présentations ministérielles actuelles, en ligne : <http://hprac.org/fr/projects/Chiropody_Podiatry.asp> (consulté le 8 avril 2015).
130. CCRPS, « Accueil », *Consel consultatif de réglementation des professions de la santé*, en ligne : <http://www.hprac.org/fr/> (consulté le 8 avril 2015).

tivement aux conflits interdisciplinaires. Toutefois, la différence tient au fait que ce dernier a surtout un rôle le conduisant en quelque sorte à aviser le ministre de la Santé sur les « arbitrages » devant être faits, comme peut également le faire l'Office du reste, mais sans que la concertation entre les protagonistes ne soit véritablement un objectif. De ce point de vue, on pourrait dire que le rôle du CCRPS se rapproche davantage de celui des comités d'experts au Québec, du fait que ce sont ses rapports qui dans bien des cas serviront d'assise à d'éventuelles mesures législatives, réglementaires ou autres visant à disposer d'un enjeu de cohabitation professionnelle ou de révision de champ d'exercice. D'ailleurs, comme les comités d'experts, le CCRPS n'apparaît pas avoir d'autonomie dans le cadre de la réalisation de son mandat, ne pouvant lui-même se saisir d'une affaire.

48. Une autre différence importante tient au fait que le processus suivi par le CCRPS apparaît d'entrée de jeu plus formalisé que celui observé au Québec et qu'il semble offrir des garanties d'impartialité plus grande. À ce sujet, il n'apparaît pas déraisonnable de suggérer que le processus dans lequel s'inscrit le CCRPS, incluant l'indépendance recherchée au chapitre des membres qui le composent, est peut-être davantage susceptible de favoriser la perception d'un traitement juste, impartial et équitable par les membres des différentes perceptions concernées par un différend interdisciplinaire, sans compter le public en général. Ainsi, suivant ce qui est souligné dans la première partie du présent texte, il y a peut-être là un « facteur d'adhésion » à la CI non négligeable.

49. L'approche ontarienne en cette matière semble d'ailleurs être privilégiée par d'autres provinces canadiennes qui ont adopté des lois-cadres similaires et où, suivant des conditions et modalités généralement comparables, la constitution de « panels » ou d'organismes indépendants ayant un rôle aviseur auprès des autorités gouvernementales concernant les enjeux interdisciplinaires en santé est prévue[131]. Certaines de ces lois prévoient au surplus la responsabilité

131. Voir notamment les lois suivantes : Colombie-Britannique : *Health Professions Act,* R.S.B.C. 1996, c. 183, art. 6.3 et 22 à 24 ; Alberta : *Health Professions Act*, R.S.A. 2000, c. H-7, art. 22 à 24 ; Manitoba : *Regulated Health Professions Act*, C.C.S.M., c. R117, art. 145 à 155 ; Île-du-Prince-Édouard : *Regulated Health Professions Act*, R.S.P.E.I. 1988, c. R-10.1, art. 63 à 71. On note dans le cas de l'Alberta qu'on ne retrouve pas les mêmes contraintes d'inéligibilité pour les personnes constituant le « Advisory Board », au moins 25 % d'entre elles devant être membres d'une profession réglementée, alors qu'au moins trois personnes nommées par différentes autorités ministérielles peuvent également participer aux travaux, mais n'ont pas droit de vote. Aussi, une particularité concernant

pour chaque ordre professionnel de favoriser la collaboration interprofessionnelle[132], alors qu'au Québec, le *Code des professions* et les lois particulières ne sont pas aussi affirmatifs à ce sujet, sauf rares exceptions[133].

50. Enfin, on note qu'en 2014, un comité d'experts canadiens mandatés par l'Association canadienne des sciences de la santé pour s'intéresser à l'optimisation des champs d'exercice des professionnels de la santé a émis une série de recommandations, dont une visant à ce que les ordres professionnels prennent « l'initiative d'harmoniser la réglementation afin de permettre aux professionnels respectifs de mieux répondre aux besoins de la population en matière de santé dans le cadre des modèles de soins axés sur la collaboration, notamment dans les cas où les champs d'exercice sont élargis et se chevauchent »[134]. Cette recommandation pourrait sans doute se traduire par l'appel à une évolution du cadre juridique canadien en matière de réglementation professionnelle vers un soutien plus affirmé à la CI, de façon à favoriser l'émergence de meilleurs modèles de soins pour la population.

CONCLUSION

51. Parce qu'il intègre toutes les professions réglementées et qu'il est structuré autour d'une loi-cadre prévoyant un rôle central de surveillance joué par un organisme gouvernemental, le système pro-

---

Terre-Neuve et le Labrador tient au fait que certaines professions du secteur de la santé (hygiénistes dentaires, audiologistes, orthophonistes, technologistes de laboratoires, technologistes en radiation médicale, inhalothérapeutes, acupuncteurs et sages-femmes) sont régies par un seul organisme, soit le Newfoundland and Labrador Council of Health Professionals : *Health Professions Act*, S.N.L. 2010, c. H-1.02.

132. Colombie-Britannique : *Health Professions Act*, R.S.B.C. 1996, c. 183, art. 6.3 et 16, par. 2(k) ; Ontario : *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, L.O. 1991, c. 18, art. 3, par. 4.1 et 9 ; Terre-Neuve et Labrador : *Health Professions Act*, S.N.L. 2010, c. H-1.02, art. 7(d).

133. Voir le cas du conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie : art. 187.5 à 187.5.6 C.prof. On peut aussi considérer le rôle joué par le Conseil interprofessionnel, suivant les articles 17 à 22 C.prof., mais le fait que chaque ordre soit tenu d'être membre de cette organisation ne correspond pas, directement du moins, à une obligation de favoriser la CI.

134. Académie canadienne des sciences de la santé, *Optimisation des champs d'exercice : de nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé*, Rapport du Comité d'experts nommés par l'académie canadienne des sciences de la santé, Ottawa, 2014, p. 13 en ligne : <http://www.cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2014/08/Optimizing-Scopes-of-Practice_REPORT-French.pdf> (consulté le 17 juin 2014). Voir également comment cette même recommandation est formulée, de façon un peu différente, à la page 72 de ce document.

fessionnel québécois est *a priori* un terreau fertile pour faire face aux défis de la collaboration interdisciplinaire en santé. Pour autant, on ne peut affirmer à ce stade-ci que ce système se soit positionné comme étant à l'avant-garde en la matière, du moins pas au chapitre de l'affirmation d'orientations claires et de la mise en place de processus adaptés.

52. On observe ainsi, d'une part, qu'il y a peu d'assises législatives et réglementaires permettant aux ordres professionnels constitués pour des disciplines connexes d'intervenir conjointement à l'égard des milieux de pratique où les membres sont appelés à exercer dans un cadre interdisciplinaire. Bien sûr, dans le meilleur des cas, au gré de la bonne volonté des intervenants présents à une époque donnée, de tels processus pourront être volontairement initiés et pourront conduire à des résultats positifs. On peine toutefois à trouver des assises plus fermes pour stimuler et soutenir de telles initiatives sur une base pérenne, ni pour aller plus loin, par exemple vers des processus d'enquêtes disciplinaires conjoints comme ceux que permet la législation néoécossaise.

53. Par ailleurs, pour l'enjeu sans doute le plus générateur de tensions et de conflits, soit l'interprétation et la révision des champs d'exercice, on semble actuellement miser au Québec sur une approche de concertation, mise en œuvre par l'Office des professions, qui conduit souvent à la création de comités interordres ou de comités d'experts. Cette approche a bien sûr certains mérites, considérant qu'elle a pu conduire à des avancées intéressantes au cours des 15 dernières années pour les professions de la santé physique ainsi que celles de la santé mentale et des relations humaines. Pour autant, elle ne permet pas nécessairement de disposer efficacement des situations où il s'avère impossible de dégager les consensus interprofessionnels attendus. Au surplus, des indications suggèrent que les attentes du public en ce qui concerne la performance du système de santé font de plus en plus place à une certaine impatience, alors que le niveau de cynisme à l'égard des ordres professionnels et, plus particulièrement, de ce qu'on appelle « le corporatisme professionnel » apparaît être à la hausse[135]. Dans ce contexte, il pourrait y avoir

135. À ce sujet, voir notamment les résultats de ce sondage qui laissent percevoir un « déclin relatif » au chapitre des perceptions de la population à l'égard du rôle des ordres professionnels et de leurs membres, entre les années 2012 et 2014 : Conseil interprofessionnel du Québec, *Sondage CROP, Perception de la population à l'égard des professionnels et des ordres professionnels, Données 2014 et résultats comparatifs 2012-2014*, présentées par M. Jean-François THUOT, directeur

lieu pour le Québec de s'inspirer de processus mis en place en Ontario et dans certaines autres provinces, offrant des garanties plus substantielles en matière de transparence et d'indépendance lorsque des enjeux liés à l'interprétation et à la révision des champs d'exercice sont soulevés.

54. Dans cette perspective, les récents développements qui ont conduit à l'adhésion de plusieurs ordres professionnels du secteur de la santé à un énoncé de position sur la collaboration interprofessionnelle[136] pourraient constituer une opportunité intéressante d'actualisation du cadre juridique québécois, de la formation professionnelle et des modèles de pratiques cliniques et institutionnels afin de les rendre plus performants en cette matière.

général, dans le cadre de la semaine des professionnels 2014. Voir également ce qui suit : Marie LAMBERT-CHAN, « À la croisée des chemins », *La Presse*, en ligne : <http://affaires.lapresse.ca/portfolio/ordres-professionnels/201506/09/01-4876505-a-la-croisee-des-chemins.php> (consulté le 11 juin 2015).

136. Voir cet énoncé de position qui prévoit que les quelque 24 ordres qui y adhèrent « s'engagent à entreprendre des mesures visant à augmenter les collaborations interprofessionnelles tant dans les équipes de soins qu'entre [eux] » : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *op. cit.*, note 110.